

1. ACP の概念・定義と普及のための研修

C. ACP をサポートする倫理

竹下 啓

(東海大学医学部 基盤診療学系医療倫理学領域)

はじめに

本稿に与えられたタイトルは、「advance care planning (以下、ACP) をサポートする倫理」である。とはいえ、他稿で指摘されているとおり、「ACP」として語られている活動は多様であり、どの要素に着目するかによって、倫理的な考察は異なってくるだろう。

そこで本稿では、2018年に公表された厚生労働省の「人生会議(ACP)普及・啓発リーフレット」¹⁾に記載されている「もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組を人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)と呼びます」の定義を用いる。「もしものとき」については、「意思決定能力がなくなった」時とするのを基本とする²⁾。そして、「生命・医療倫理の四原則」と「臨床倫理の四分割表」を紹介した後、「ACPをする時」よりも「ACPを使う時」に着目して、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(以下、プロセスガイドライン)³⁾をひもときながら、臨床倫理コンサルテーションに携わる筆者の立ち位置から、ACPをサポートする倫理について考えてみる。

「生命・医療倫理の四原則」と「臨床倫理の四分割表」

1. 生命・医療倫理の四原則

臨床倫理コンサルテーションでは、しばしば倫理原則を用いて事例を検討する。倫理における原

則とは、「他の多くの道徳的基準および判断の基礎となる根本的な行動規範」である⁴⁾。日本の医療現場では、BeauchampとChildressが“Principles of Biomedical Ethics”⁵⁾において提示した生命・医療倫理の四原則(Respect for Autonomy, Nonmaleficence, Beneficence, Justice)が広く受け入れられている。

ちなみに、Beauchampが携わったベルモント・レポート⁶⁾では、臨床研究の基本的倫理原則は3つ(Respect for Persons, Beneficence, Justice)だったが、“Principles of Biomedical Ethics”では、Beneficenceの下位原則とされていたNonmaleficenceが独立して原則が1つ増え4つとなった。また、ベルモント・レポートではRespect for Persons(「人格尊重原則」と訳されることが多い)であったのが、“Principles of Biomedical Ethics”ではRespect for Autonomyとなっている。BeauchampとChildressはジョージタウン大学ケネディ倫理研究所の同僚であったため、生命・医療倫理の四原則を用いて倫理的な問題を検討することは「ジョージタウン・アプローチ」と呼ばれることがある⁷⁾。また、木村によれば、四原則が「一人歩きをはじめ、どのような状況にもこれを当てはめると言う著者たちの意図しなかった弊害」があったことから、四原則を「ジョージタウンの呪文(“Georgetown mantra”)」と表現されることもあったという⁸⁾。

生命・医療倫理の四原則はさまざまに邦訳されているが、本稿では赤林らの教科書⁴⁾にならない、自律尊重原則、無危害原則、善行原則、正義原則と称することとする(表)。

表 生命・医療倫理の四原則

自律尊重原則	: 自律的な患者の意思決定を尊重せよ
無危害原則	: 患者に危害を及ぼすのを避けよ
善行原則	: 患者に利益をもたらせよ
正義原則	: 利益と負担を公平に配分せよ

(文献4) より引用)

2. 臨床倫理の四分表

臨床倫理的な視点でカンファレンスを行うとき、事例の情報を整理するのに四分表 (“The Four Topics Chart”)⁹⁾を用いることが多い。四分表を2次元のグラフに見立てると、第1象限を「患者の意向」、第2象限を「医学的適応」、第3象限を「Quality of Life (以下、QOL)」、第4象限を「周囲の状況」として、そこに事例の情報を記載する(図)。四分表を参考に、オリジナルの事例検討シートを作成している施設もある。

四分表に情報を整理して記載することで、事例について理解が深まり、不足している情報やより詳しく検討すべき事項を把握できる。生命・医療倫理の四原則による考え方が抽象的になりがちで「トップダウン」(上からの演繹的な思考法)といわれるのに対して、具体的な事例に基づく決疑論の考え方は「ボトムアップ」(下からの帰納的な思考法)といわれる¹⁰⁾。筆者の施設の臨床倫理コンサルテーションでは、四分表を用いてそれぞれのドメインの情報を評価しながら、生命・医療倫理の四原則による分析をしている¹¹⁾。

「生命・医療倫理の四原則」とACP

1. 自律尊重原則の視点

自律尊重原則は、医療・ケア提供者に対して、患者へいいねいに情報を開示すること、患者の理解度や自発性を探索して確認すること、そして、患者が適切な意思決定をできるよう促進することを要求する。プロセスガイドラインが掲げる「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人

による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である³⁾という考え方は、まさしく自律尊重原則にかなったものといえる。ここでは、プロセスガイドラインの「2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続」に記載された場合分けに従い、自律尊重原則に注目してACPの役割を検討する。

1) 本人の意思の確認ができる場合

医療・ケアの方針を決定しようとする時、患者本人の意思決定能力が十分にあるのであれば、医師が患者に選択肢とその科学的エビデンスを伝え、患者が医師に自分の選好や希望を伝える。そして、エビデンスと価値観を共有したうえで、熟議を行い相互に合意された方針に到達することを目指すプロセスは、共同意思決定 (shared decision making; SDM) といわれており、自律尊重原則と無危害原則・善行原則・正義原則のバランスを考えた「もっともましな」 (“least bad”) 医師-患者関係であると評される¹²⁾。もし、過去にACPのプロセスが存在していて、患者の価値観が医療・ケアチームとすでに共有されていたり、話し合いの対象となる医療・ケアについて患者が十分な知識を得ていたりすれば、現在のSDMやそれを通じたインフォームド・コンセントのプロセスに大いに役立つ可能性がある。

患者の意思決定能力が失われている場合に、たとえばACPのプロセスで作成された事前指示書の存在をもって、「本人の意思の確認ができる」と判断できるかは、医療・ケアチームと患者の関係性やその時間軸に依存すると思われる。医療・ケアチームと患者が最近までいいねいにACPを積み重ねてきたのであれば、ACPのプロセスで本人と共有してきたことをもって「本人の意思の確認ができる」と判断できるかもしれない。

2) 本人の意思の確認ができない場合

プロセスガイドラインでは、患者本人の意思を確認できない場合をさらに3つの場合に分けて、以下のように記述している³⁾。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合：その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

<p>〔医学的適応〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の医学的な状況・予後の見込み 2. 医療・ケアの目標 3. 医療・ケアの選択肢とそれぞれの成功の可能性 4. 総じて、検討されている、あるいは、実施されている医療・ケアによって、この患者は利益を受け、害を避けられるか？ 	<p>〔患者の意向〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の意思決定能力はどうか？ 患者の意思決定能力が十分でないというなら、その根拠は？ 2. 患者は適切に情報を提供され、理解しているか？ 3. 患者はどのような意向を表明しているか？ 4. 患者の意思決定能力が十分でない場合、患者の事前の意思表示はあったか？ 5. 患者の意思を推定するのに適切な家族等は誰か？ 患者の推定意思はどうか？ 6. 患者が医療・ケアに協力しようとしめない場合、それはなぜか？ 解決可能な課題はあるか？ 7. 総じて、倫理的、法的に許される限り患者の選ぶ権利が尊重されているか？
<p>〔QOL〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 検討されている医療・ケアの選択肢によって、患者にどのようなQOLがもたらされると考えられるか？ 2. QOLの評価にバイアスはないか？ 3. 検討されている医療・ケアのどの場合においても、適切な緩和ケアを提供可能か？ 4. 医療・ケアの中止・不開始を検討する場合 5. その医療・ケアが続けば、患者がどのような身体的、精神的、社会的不利益を被るか？ 6. 患者の現在や将来の状態は、患者が耐えがたいと判断するようなものか？ 7. 患者の中止・不開始の意思やその理由は了解可能か？ 	<p>〔周囲の状況〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族等の問題があるか？（家族等の意向はどうか？） 2. 医療提供者側の問題があるか？（医学的適応とは別に、医療提供者の気持ちや意向はどうか？） 3. 経済的な問題があるか？ 4. 宗教的、文化的な問題があるか？ 5. 守秘義務が解除される正当性があるか？ 6. 医療資源の配分の問題があるか？ 7. 法令・ガイドライン等や社会的リスク上の問題はるか？ 8. 臨床研究や教育の問題があるか？ 9. 医療提供者や医療機関の利益相反はあるか？

（文献9）を参照し、筆者らの施設で使用しているもの）

図 四分割表（The Four Topics Chart）

②家族等が本人の意思を推定できない場合：本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

③家族等がいけない場合および家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合：本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

①～③のいずれの場合においても、ACPを実際にどう活用するかについてはプロセスガイドラインに記載はない。もしACPが行われていて、そのプロセスに家族等や現在の医療・ケアチームが関わっていたり、ACPが文書化されたりしていれば、そのACPは患者の意思を推定するのに役立つこととなる。これは、自律尊重原則にかなうことである。また、患者の最善の利益を探索するのに手がかりを与えるのであれば、善行原則に資するものであるともいえる。そもそもACPは、そのような場合の助けになることを期待されて行

われるものであろう。

2. 無危害原則の視点

“Principles of Biomedical Ethics”⁵⁾では、“Nonmaleficence（無危害）”の章に“Protecting Incompetent Patients from Harm（意思決定能力のない患者を危害から守る）”というセクションがあり、その中で“advance directives（事前指示）”と“surrogate decision making without advance directives（事前指示がない場合の代理意思決定）”が論じられている。たとえば、ACPのプロセスで作成された事前指示の内容や患者の家族による推定意思が、現在の患者の最善の利益にかなわないと考えられる場合、それらの方針決定に適用するには慎重であるべきであるということである。

ACPで共有されていた方針が、現在の患者に害を与えられと思われる場合に、医療・ケアチームはどうしたらよいのだろうか。患者を害から守ることを優先する方針で合意する場合もあるだろ

う。また、適切な ACP のプロセスが繰り返され、患者の家族等や医療・ケアチームが十分にその内容を共有しているような場合には、無危害原則よりも自律尊重原則を優先する結論にもなりえるかもしれない。そして ACP のプロセスにおいて本人に家族等や医療・ケアチームの裁量の範囲を聞いておくことは、家族等や医療・ケアチームが患者の過去の意思決定と現在の利益とのジレンマに対応するうえで一定の助けになるかもしれない。しかしながら、安楽死についての事前指示書 (advance euthanasia directives ; AED) が制度化されて法的な効力が認められているオランダにおいても、認知症の人に対する AED の適用をめぐる議論があること¹³⁾ から推測すると、裁量の範囲を定めていてもジレンマが完全に解消されることはないであろうし、また、個人的には、そのようなジレンマと向き合うことも医療・ケア提供者の責務だと考えている。

プロセスガイドラインでは、患者の医療・ケアの方針決定に関与する家族等に対して「患者の意思を推定できること」を期待している。家族等による推定意思が患者の最善の利益にかなわない、あるいは、害を与えると考えられる場合、意思決定能力のある人がそのような意思を表明した場合と同じように、家族等と慎重に話し合いを行い、方針を決定することとなる。そして、合意を得られない場合には、プロセスガイドラインでは「複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要」とされており、臨床倫理コンサルテーションに依頼されることが多いと思われる。Beauchamp と Childress は、“qualification of surrogate decision makers (代理意思決定者の資格)”として、①理性的な判断ができること、②十分な知識と情報を有すること、③情緒が安定していること、④患者の最善の利益のために行動しない人から支配的な影響を受けず、また、利益相反なく患者の利益にコミットできることの4点を求めている。これらの点は、患者の意思を推定する家族等の選定においても参考になるだろう。

「臨床倫理の四分割表」と ACP

1. 「本人の意向」を推定する人としての家族

意思決定能力が不十分な人について検討する場合、ACP のプロセスで本人が語っていた記録や事前指示書の内容は、「本人の意向」として整理される。ただし、それはあくまでも事実関係として記載されるだけであって、それを実際に推定意思として採用するべきかどうかは、医療・ケアチームとして家族等の話も参考にしながら判断することとなる。

プロセスガイドラインで興味深いのは、家族に期待されている役割は現在の本人の意思を共有して未来に伝達することや、現在意思決定できない本人の意思を推定することに限定されているかのように読めることである。たとえば、現在の本人が意思決定可能であっても、「本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である」としている。さらに、「この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である」と続く。これらは「ACP をする」ことを推奨する記載であるが、家族等が本人に何を話すかは特に記載されていない。

患者が意思決定できない状況では、まず、家族等には患者の推定意思を医療・ケアチームに伝えることが期待されている。そして、家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとっての最善の利益を医療・ケアチームと話し合うことが望まれる。最善の利益について話し合う局面において、家族等が知る患者の人となりや価値観を医療・ケアチームに伝えることができれば、方針決定において有益であろう。これらの文脈で家族等が語ることは、臨床倫理の四分割表で基本的には「患者の意向」として評価されるが、後述するように「QOL」にも反映される。

2. 「周囲の状況」としての家族

私たちは、ともすると患者本人にばかり目が行

きがちである（患者がクライアントであるから仕方ないが）。そのため、家族等は家族等で1人ひとりの人間であり、それぞれの幸福を追求する権利があるのに、患者本人に対する医療・ケアの方針によって家族等が大きな影響を受ける場合があることは、時に見過ごされてしまう。実際の医療・ケアでは、患者本人の意思と利益にかなった方針が家族等に歓迎されることもあれば、家族等の意向や都合に反することもある。そのような家族等の事情は、四分割表では「周囲の状況」として整理される。「周囲の状況」で家族等の情報を詳細に検討することによって、臨床倫理上の問題がより詳細に浮かび上がることがある。

医療・ケア提供者は、家族等の語っていることが「患者の意向」なのか、「周囲の状況」なのか注意深く区別する必要がある。そして、「周囲の状況」を医療・ケアの方針決定における制限要因として切り捨てることなく、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」と同様に尊重することが、実行可能な方針を決定するのに大切だと思われる。

3. 患者本人と家族等との関係性への配慮

意思決定能力がある患者とのSDMに家族等が参加しても、本人がひとりで意思決定を行い、家族等はそれを共有するだけの場合がある。他方、家族等と話し合うなかで本人の意思が形成されていく場合、家族等との話し合いのなかで意思が変わる場合、本意は隠して表面的に家族等に同調する場合もあるだろう。特に、意思形成というよりも方針決定をするという現実的な話になれば、その方針を実行することによって物理的、経済的、精神的に影響を受ける家族等との合意形成を図る必要が生じるため、家族等と合意形成することが困難であることを察して、最初から家族等の意向に沿った「意思」を表明する人もいないかもしれない。家族等も、話し合いのプロセスで自分の考えが変化することもあるだろうし、あるいは、家族等が患者本人に対して受け入れ可能な選択肢を迫ることもあるだろう。医療・ケアチームは、プロセスガイドラインでさらに記載されている「話し合い」によって、「患者の意向」も「周囲の状況」も変化しうることを認識しておく必要がある。た

だし、医療・ケアチームが患者・家族等のダイナミクスにどこまで関与するべきなのかについては意見が分かれるかもしれない。

4. 家族等以外の「周囲の状況」

医療・ケアチーム、本人、家族等の意向が一致したからといって、合意された方針が倫理的、法的に妥当であるという保証はない。極端な例になるが、全員が積極的安楽死（致死薬の投与による死）の方針で一致したとしても、実際にそれを実施すれば、実施した医師と意思決定に参加した家族等は嘱託殺人罪に問われる可能性がきわめて高い。法令や社会通念は、家族等以外の「周囲の状況」としてとても重要な要素である。

また、「患者の意向」と「周囲の状況」としての家族等の意向に対立がある場合、社会資源を含む他の「周囲の状況」を活用することによって、患者の意向や家族等の意向の変化を促すことが可能な場合もある。たとえば、医療費の負担によって患者と家族等が対立している場合に、公的な支援を得ることによって対立が解消することも考えられる。

5. 「QOL」評価におけるACPの役割

プロセスガイドライン³⁾にあるような、本人の意思を推定することもかなわない時に、「本人にとっての最善の方針をとることを基本とする」とする考え方を「最善の利益基準」というが、「QOL」では何が本人の最善の利益であるのかが評価される。Jonsenらは、「医学的適応」が患者の（医学的な）需要（“needs”）を満たすための義務に関係するのに対して、「QOL」はその人の満足（“satisfaction”）をもたらすように行動する義務に焦点を当てていると説明している⁹⁾。

また、QOLの概念を理解するための最初のステップは、すべての人間が共有していると思われる利益について考えることであるとして、①生きていること、②自分の意思や気持ちを理解し周囲に伝えられること、③自分の生活を自分で決定できること、④苦痛がないこと、⑤自分にとって望ましい満足を得られることを挙げている。そして、何が利益とみなされるかは、可能なかぎり、

判断の対象となる人の視点から考えるべきであると主張している。ACPのプロセスによって「判断の対象となる人の視点」が提供されれば、QOLの評価においてもACPは一定の役割を果たすことができるかもしれない。

6. 文化的背景と ACP

文化的背景は、「周囲の状況」の1つであるだけでなく、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の捉え方や調整の仕方にも影響を与えると考えられる。医療・ケアチームによる検討や臨床倫理コンサルテーションも、それぞれの文化的背景から自由にはなりえない。

台湾のChengらは、日本を含む東アジアの国の研究者とそれぞれの国のACPについて検討し、東アジアでは儒教と「孝」の概念の影響を受けているため、患者の自律性は結果的に家族の価値観と医師の権威に従属することになっており、患者の終末期における意思決定において、家族等や医師が優位に立つことがアジアでは文化的な特徴だと指摘している¹⁴⁾。患者の自律的な意思決定を阻害しうるのは医師や家族等だけではない。Asaiらは、「付度」「自粛」「空気」「同調圧力」「世間」の5つの心理文化社会的傾向が、日本の臨床現場におけるSDMの実践に悪影響を及ぼす可能性があることを認識し、医療従事者は自律的意思決定を促進することで、患者が自分自身の人生観、経験、目標、選好、価値観を十分に反映して治療を選択できるようにしなければならないと述べている¹⁵⁾。これは、ACPの実践においても共通することであると思われる。

一方、アメリカの生命倫理学者のSullivanは、京都大学滞在中に日本の医療従事者に対して行ったインタビュー調査を質的に分析し、日本におけるインフォームド・コンセントのプロセスにおいて「おまかせ」から「自己決定」までの幅があるが、「おまかせ」は必ずしもパターンリスティックなものではなく、患者自身によって主導されていると考察している¹⁶⁾。日本老年医学会「ACP推進に関する提言」¹⁷⁾では、「医療・ケア従事者は、本人が言語化した『意向』の背景に思いを致すことも大切である」といい、その理由として、

「日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである」ことを挙げている。これらの主張は、日本の文化的背景をいわば個性として肯定的に捉えているように思える。

Akabayashiらは、日本では多くの患者が「家族に促進されるインフォームド・コンセントのプロセス (“family-facilitated approach”）」を望んでいることを指摘したうえで、どこの国の人であるかにかかわらず、その人に合わせた形式のインフォームド・コンセントのプロセスを採用するよう提案し、それが患者の自律性を尊重することにつながるかと述べている¹⁸⁾。

日本(人)の文化的特徴とされるものを、インフォームド・コンセント、SDMといった方針決定やACPの実践においてどのように考慮すべきなのだろうか。

筆者は、文化的背景としてどのような意思決定プロセスが好まれる傾向があるかということと、プラクティスとしてACPをどのように実施し、どのように実際の方針決定に反映させるのかは別の問題であると考えている。ACPは西欧、それも英語圏で誕生した取り組みであるから、そのまま日本を含むアジア地域で実践するのは困難な部分があるのは当然である。しかし、もし文化的背景の違いを理由に日本においてACPの概念の大幅な修正を行うのであれば、それはもはやACPではない別のカテゴリーの取り組みとして再構築したほうがよいかもしれない。

まとめ

ACPは、生命・医療倫理の四原則においておもに自律尊重原則によって支持される取り組みであり、プロセス・ガイドラインにおいても重視されている。意思決定能力の低下した患者の医療・ケアの方針を検討する際、ACPは臨床倫理の四分割表における患者の意向とQOLを探索するのに役立つことが期待される。

文献

- 1) 厚生労働省：人生会議 (ACP) 普及・啓発リーフ

- レット. [<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>] (2022.9. 閲覧可能)
- 2) 天野慎介, 木澤義之: 人生会議 (アドバンス・ケア・プランニング) の普及啓発に関する意見書 2019年11月29日. [http://zenganren.jp/wp-content/uploads/2019/11/statement_20191129_01.pdf] (2022.9. 閲覧可能)
 - 3) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 2018 [<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>] (2022.9. 閲覧可能)
 - 4) 水野俊誠: 医療倫理の四原則. 赤林 朗 (編): [改訂版] 入門・医療倫理 I. p.57-72. 勁草書房 2017
 - 5) Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. Eighth Edition. Oxford University Press, 2019
 - 6) 生物医学・行動研究における被験者保護のための国家委員会: ベルモント・レポート (津谷喜一郎, 光石忠敬, 栗原千絵子 (訳). 臨床評価 28 (3): 559-568, 2001 [http://cont.o.oo7.jp/28_3/p559-68.html] (2022.9. 閲覧可能) [The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. 1979, April, 18].
 - 7) Ainslie, Donald C.: Principlism. Bioethics, edited by Bruce Jennings, 4th ed, vol. 5. p.2485-2489 Macmillan Reference USA, 2014
 - 8) 木村利人: 巻頭言—日本の生命医学倫理の展開のために. トム・L・ビーチャム, ジェイムズ・F・チルドレス 著, 永安幸正, 立木教夫 (監訳): 生命医学倫理 (原書第3版). 正文堂, 1997
 - 9) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics 9th ed, McGraw-Hill, 2021
 - 10) 児玉 聡: 臨床倫理において必要な倫理的知識. ICUとCCU 36(9): 637-642, 2012
 - 11) 堂囿俊彦 (編), 竹下 啓, 神谷恵子, 長尾式子, 三浦靖彦 (著): 倫理コンサルテーションハンドブック. 医歯薬出版, 2019
 - 12) Tilburt JC: Shared Decision Making. Bioethics, edited by Bruce Jennings, 4th ed, vol. 6, p.2946-2953 Macmillan Reference USA, Gale eBooks, 2014
 - 13) Miller DG, Dresser R, Kim SYH: Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. J Med Ethics 45(2): 84-89, 2019
 - 14) Cheng SY, Lin CP, Chan HY, et al: Advance care planning in Asian culture. Jpn J Clin Oncol 50 (9): 976-989, 2020 [doi: 10.1093/jjco/hyaa131. PMID: 32761078.]
 - 15) Asai A, Okita T, Bitto S: Discussions on Present Japanese Psychocultural-Social Tendencies as Obstacles to Clinical Shared Decision-Making in Japan. Asian Bioeth Rev 14(2): 133-150, 2022
 - 16) Specker Sullivan L. Dynamic axes of informed consent in Japan. Soc Sci Med 174: 159-168, 2017
 - 17) 日本老年医学会: ACP 推進に関する提言, 2019 [https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf] (2022.9. 閲覧可能)
 - 18) Akabayashi A, Slingsby BT: Informed consent revisited: Japan and the U.S. Am J Bioeth 6 (1): 9-14, 2006